

## **Pediatra hasta dónde y hasta cuándo?**

**Dr. Abel Monk**

Ser pediatra en los comienzos del siglo XXI es un difícil desafío. En especial si pensamos en mantener vigentes las premisas y los anhelos por los cuales elegimos esta especialidad.

Por los años 70, más allá de los momentos políticos difíciles que se avecinaban, los pediatras avizorábamos un horizonte más optimista. Las posibilidades laborales eran más claras; había opciones. No era la meta de muchos salir del país. Además teníamos el respaldo de nuestros incondicionales maestros, aquéllos que habían guiado nuestros primeros pasos. Escardó desde la cátedra y su sala del Gutiérrez, enseñando el significado de la escucha, el respeto por los padres y la familia de nuestros pacientes, el valor elemental e insoslayable de los vínculos, su denuncia valiente contra las formas ocultas de la corrupción en el quehacer médico. Carlos Gianantonio, con su saber, su humanismo y su enorme capacidad para transmitir. Mario Rocattagliata, humilde y sabio, creando el 1er Consultorio de Niños Sanos, formando promociones de pediatras con suficientes recursos para replicar sus enseñanzas.

Aquí en La Plata, Marcos Cusminski y Luis García Azzarini, a quienes tuve el honor de conocer, marcaron rumbos indelebles en la misma dirección. .

Poco tiempo después se instaló la dictadura con su transcurrir y secuelas conocidas.

Con el retorno a la democracia se volvieron a replotar proyectos y abrir nuevos. Se reavivaron las ideas de una pediatría con una visión amplia y creativa.

Hice mi residencia en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, allá por el 70. Al finalizar la misma, una de nuestras puertas de entrada al área laboral era en especial, la atención de recién nacidos.

Con el tiempo, muchos de nosotros diversificamos tareas.

En 1984 inauguramos lo que poco después se transformó en el Servicio de Adolescencia, cuyo límite de edad de atención era los 14 años. Como producto de nuestra insistencia logramos que se corra hasta los 16 y finalmente hasta los 20 años. Algunos pocos nos dedicamos a la atención de adolescentes con carácter no excluyente.

Con el tiempo, casi inadvertidamente, fuimos modificando el límite de edad y hoy recibimos pacientes de ambos sexos, de 23, 24 y 25 años.

¿Es "pediátrico" atender a esa población? ¿Que los hace continuar?

. Varios de ellos ya habían incursionado en la atención con clínicos. El comentario habitual es "poco dialogo, poca atención, consulta rápida, escasa explicación. Obviamente: insatisfacción.

---

Llamativamente éste tipo de comentarios los he escuchado de los propios colegas cuando se refieren a la atención que ellos mismo o sus familias han recibido.

La decisión de atender adolescentes y jóvenes implica para un pediatra interesado abordar distintas instancias:

- percibir que se siente cómodo con ellos. Este criterio tan elemental vale para también para aquéllos que no les resulta adecuado trabajar p.ej con recién nacidos, con discapacitados, con obesos o con patología crónica.
- estar lo suficientemente motivado
- conocer lo relacionado con el crecimiento y desarrollo de esta etapa de la vida, la patología, sus perfiles psicológicos y el contexto social y educativo.
- muchas situaciones en la atención del adolescente implican un especial compromiso del médico y del equipo tratante. Situaciones como amenaza o intento de suicidio, embarazo, aborto, enfermedades sexualmente transmisibles, trastornos de la conducta alimentaria, conductas de riesgo y delincuencia, son una parcial muestra ejemplificadora.
- Muchos pediatras que atienden adolescentes las propias vivencias y prejuicios, aspectos de la propia historia ,etc
- Se hace difícil equilibrar en la atención el lugar de los padres, la familia y el paciente. Todos demandan y el pediatra corre el riesgo de quedar incluído y atravesado por los vaivenes de la misma.

El éxito en la atención de adolescentes y jóvenes reside en varios factores:

- entender que es el protagonista principal de la consulta. La mecánica de la entrevista no puede tener el mismo perfil que la consulta pediátrica habitual, donde los padres o acompañantes suelen ser el centro de la misma.
- Una sensible capacidad de escucha
- Descubrir la consulta subyacente sin descuidar el motivo explicitado de consulta
- Conservar la privacidad de la consulta sin dejar de señalar otras salidas frente a situaciones que pongan en riesgo su salud
- Abrir puertas a un seguimiento futuro desde la motivación y explicitación de un espacio posible
- no juzgar sus actitudes pero planteando adecuadamente las discrepancias desde una visión de salud
- Ser atento, cálido y afectuoso sin necesidad de utilizar mecanismos de seducción y amiguismo

Con el tiempo, esta tarea modifica el abordaje de pacientes más pequeños. Uno percibe que con mucha anticipación debe abrir las puertas del diálogo con ellos, dándoles efectiva participación en la consulta. Redunda en la riqueza de la misma, una mejor adhesión a las indicaciones y una facilitación multiplicada para la relación paciente médico en el ingreso a la pubertad.

Los pediatras nos hemos adherido al concepto de Semiología Ampliada, una mirada que nos sustrae de un abordaje limitado a los aspectos biológicos e incorporamos los psicológicos, sociales, culturales y educativos. Los resultados son claros: un enriquecimiento absoluto de nuestra tarea médica y sus consecuencias.

La apertura a otras disciplinas horizontalizando la relación y los conocimientos ha mejorado sensiblemente nuestra tarea.

Pero la puesta en práctica de ésta modalidad no es fácil ni gratuita.

En principio, el pediatra no puede abstraerse del contexto político social en el cual estamos todos inmersos. Sus dificultades operativas son enormes... Honorarios y sueldos depreciados y postergados, dificultad para conseguir trabajo, niveles crecientes de exigencia en obras sociales y prepagas, políticas de salud que soslayan la opinión de sus principales efectores y le insertan un modelo organizativo con sobrecarga de tareas puramente asistenciales.

Especial dificultad la tienen los pediatras jóvenes, muchos de ellos luego de una formación inicial ya impregnada por una incertidumbre inminente. Y la creciente imposibilidad de una mayoría al acceso a dicha formación.

La problemática social inunda la consulta.

Violencia, adicciones, disfunciones familiares son elementos cotidianos presentes en la entrevista.

Los trastornos del sueño, la dificultad en la puesta de límites, las alteraciones de la conducta alimentaria, maltrato y abuso, accidentes, son una acotada enumeración de situaciones que a diario se le plantean al pediatra ambulatorio. Y aquí recordamos una parte del título de esta charla: ¿Pediatra hasta cuanto...?

En nuestro último Congreso de Pediatría Ambulatoria una mesa se tituló “¿Un paciente cada 5 minutos?”

¿Cómo hace el pediatra para abordar correcta y adecuadamente cualquiera de éstos problemas?

¿Cómo maneja las limitaciones del tiempo, su propio malestar, la presión institucional?

¿Para qué le sirve llenarse de información cuando aparentemente no tiene posibilidades de modificar nada?

...Todo ello provoca un estado de insatisfacción y descontento en profesionales de atención primaria y en instituciones públicas que contrasta con las valoraciones en general optimistas de las Administraciones Públicas.

Las deficiencias organizativas se suplen con la actitud voluntarista de algunos profesionales que tarde o temprano será insostenible.

. Esto lleva al desánimo y desmotivación.

En una reciente exposición durante el congreso de Pediatría social, la Dra. Silvia Bleichmar se refería a la **Fatiga de la compasión**- El acostumbramiento y la naturalización de los hechos circundantes

La desesperación y desesperanza facilitan sensación de impotencia. Luego se transita la indiferencia

**Lo que no se puede hacer o cambiar produce odio y rechazo**

¿Qué hacemos ante éste panorama tan difícil?

No queda otra opción que aglutinarnos, ser creativos y solidarios.

Trabajo en equipo, coordinación con diferentes miembros del mismo y de otros niveles. Entender la interdisciplina como herramienta ineludible en la tarea cotidiana

Incorporar la reflexión compartida como recurso de auto cuidado y enriquecimiento del equipo de salud

No descuidar la educación continua

Eliminar tiempo límite mínimo para cada entrevista, límite máximo para la jornada laboral, delimitar las cargas máximas asistenciales.

EVITAR LA INEQUIDAD es establecer un mínimo exigible debajo del cual no se garantiza calidad: o sea el tiempo suficiente a cada paciente para poder orientar y/o resolver los problemas por los que nos consulta. Esto conduce a un tiempo mínimo por consulta y un tope por médico.

Muchos pediatras viven y trabajan en zona alejadas, aislados del fácil compartir, de la interconsulta rápida y hasta del apoyo afectivo que significa el cruzarse diariamente con colegas.

Lo percibimos a través de Pedamb, nuestra lista de discusión de pediatría ambulatoria, donde ejercemos una tarea cálida y solidaria sin descuidar los aspectos académicos.

Pienso que hay que crear espacios de encuentro. No alcanza con los cursos y congresos que aunque sean exitosos, son limitados en tiempo y recursos. Estos espacios de encuentro debieran ser regulares, coordinados adecuadamente, lo suficientemente amplios como para encarar temas estrictamente clínicos y también donde se puedan compartir las vivencias de los integrantes del equipo de salud. Esto representa un sostén efectivo para continuar adecuadamente la tarea en un medio muchas veces adverso y hostil.

*La medicina se trata de una actividad de servicio basada en un sentimiento profundo de solidaridad con el prójimo. Muchos de sus contenidos son científicos; otros escapan al encuadre estricto de la filosofía de las ciencias naturales, al invadir otros campos como el del como el de los sentimientos, el de los afectos, el de la moral. Es imposible disociar los problemas los problemas que plantea el individuo enfermo de sus derechos humanos, que están implícitamente comprometidos y en riesgo cada vez que ese individuo solicita y pide ayuda.*

*Carlos Gianantonio*